

استمارة اللياقة الصحية للطلاب

صورة شخصية

* لتوفير أفضل رعاية صحية طارئة يرجى ملئ هذه الإستمارة بدقة تامة.

إسم الطالب: _____
رقم الهاتف المتحرك: _____
تاريخ الميلاد: _____
الجنسية: _____
رقم الهاتف المتحرك: _____
الجنس: ذكر أنثى

عنوان ولي الامر:

رقم الهاتف المتحرك: _____
رقم هاتف المنزل: _____
المدنية: _____
البريد الإلكتروني: _____
المنطقة: _____

التاريخ الطبي للطلاب

* هل تعاني من أي من الأمراض المذكورة أدناه؟ إذا كان الجواب بـ "نعم" ، يرجى ذكر التفاصيل مثل التشخيص و العلاج.
* بالنسبة للحساسية، الرجاء تحديد نوع الحساسية و شدتها.

المشكلة الصحية	Health Problems	نعم	لا	التفاصيل
مرض العوز لأنزيم G6PD	G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط	Thalassemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فقر الدم المنجلي	Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
حساسية	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ربو	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض عصبية	Neurological diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صرع	Seizure disorder/ Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
سكري	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
التهابات متكررة	Frequent infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل سمعية	Hearing difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صداع متكرر	Frequent headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض قلب	Heart conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
استخدام نظارات طبية / عدسات لاصقة	Glasses/ contact lenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل نفسية / عاطفية	Emotional/ mental disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل صحية أخرى	Other health problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل سبق لك دخول المستشفى	Any previous hospitalization	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* الرجاء وصف أي مرض جسدي أو نفسي أصبت به سابقاً أو حالياً:

* هل تتناول أدوية بشكل منتظم أو متقطع، الرجاء إذكر اسم الدواء والجرعة.

الجرعة	إسم الدواء
_____	_____
_____	_____

* إسم الطبيب المعالج، العيادة أو المركز الطبي الذي تعالج به.

العيادة/المستشفى: _____ رقم الهاتف: _____
جهة الضمان الصحي: _____
إسم الطبيب: _____

توقيع الطالب وولي امره

إسم الطالب: _____ التاريخ: _____
إسم ولي امر الطالب: _____ التاريخ: _____
التوقيع: _____
التوقيع: _____

